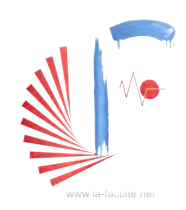
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













3ème cours - Service Widal-Pasteur (23-09-2014)

Pneumococcies

Méningite à Pneumocoque et PFLA

Le cours est tapé sur le polycopié de Nacer, ce que vous avez entre les mains ne sont que des points que le prof a ajoutés, des phrases corrigées et quelques autres éliminées.
Le plan de ce cours est celui de votre polycopié, en chaque titre, vous faites ce qu'en vous devez.

I. Généralités :

- Le Pneumocoque est une bactérie commensale des VAS de l'homme, le réservoir y étant le rhino-pharynx. La transmission se fait par les gouttelettes de Pflüge (gouttelettes de salive).
- Le Pneumocoque possède une capsule immunogène qui permet de le classer en 91 sérotypes → Vaccin :
  - Pneumo 23,
  - Préonar 11, 7, 13
- Le Pneumo est sensible aux ATB, mais malheureusement on observe de plus en plus des souches de sensibilité diminuée à la Pénicilline (voire résistance) et même à l'Amoxicilline (voir C3G).
- Parmi les terrains favorables (l'infection dépend du terrain, le risque est important dans :), vous ajoutez :
  - Insuffisance hépatique,
  - Cirrhose alcoolique,
  - Les immunodéprimés (ex : les infections à VIH).

II. Méningite à Pneumocoque :

1. Introduction :

- La méningite à Pneumocoque vient en 1ère position chez le NRS de moins d'un an.
- Le Pneumo produit des exsudats fibrineux qui bloquent la circulation du LCR dans les espaces ventriculaires, ce qui entraine un obstacle à la diffusion des ATB, et pour cette raison aussi qu'on a une augmentation très importante de l'albuminorachie.
- Porte d'entrée : vous ajoutez : un foyer ORL (l'infection du LCR se propage par continuité à partir d'un foyer ORL ou plus rarement par voie hématogène). [Noter le reste des portes d'entrée].
- Le Pneumo est le SEUL germe à donner des méningites purulentes récidivantes.

2. Clinique :

2.1. Forme de l'enfant :

<u>*Remarque :*</u> la méningite à Pneumo est caractérisée par un état général altéré, et par des signes encéphalitiques (contrairement au Méningocoque), d'où le terme de méningite méningo-encéphalique.

2.2 Complications :

a. Infectieuses :

b. Mécaniques : Le scanner est indispensable devant une méningite méningo-encéphalique. Si vous suspectez la présence d'un œdème papillaire au FO, allez faire un scanner avant de pratiquer la PL, ne jouez pas avec la vie du patient. (Corrigez la bêtise du livre).
La ponction de la fontanelle ne se fait plus, effacez-la et ajoutez le scanner (TDM).

c. Neurosensorielles :

d. Les séquelles :

2.3. Formes cliniques :

a. Formes psychiques : tout trouble psychiatrique avec état fébrile doit bénéficier d'une PL.

b. Forme du NRS :

c. Forme décapitée :

d. Forme récidivante :

CAT devant une méningite purulente récidivante :

- Traiter l'épisode,
- Interrogatoire à la recherche d'une porte d'entrée (traumatisme crânien, écoulement du LCR…),
- Examen clinique ORL, bilan neuroradiologique, TDM cérébrale avec des coupes fines,
- Demander un transit isotopique du LCR à la recherche d'une brèche ostéoméningée,
- Faire un bilan immunologique,
- Antibiothérapie (voir plus tard),
- Vaccination anti-pneumococcique,
- Assurer la chimio-prophylaxie.

3. Diagnostic positif :

- Le LCR à la PL : Albuminorachie élevée (sup à 2g/l), Hypercytose (PNA sup à 1000/mm^3), Glycorachie très diminuée (le Pneumo aime le sucre).
- Les mêmes examens complémentaires qu'on a traités dans le cours des Méningococcies.

III. Pneumonie Franche Lobaire Aiguë (PFLA) :

1. Physiopathologie :

2. Anatomie pathologique :

Pour ces deux titres, le prof a dit que ce n'est pas la peine de les retenir.

3. Clinique :

4. Examens complémentaires :

- FNS : Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.

5. Evolution :

6. Complications :

7. Formes cliniques :

8. Formes topographiques :

9. Diagnostic :

10. Diagnostic différentiel :

IV. Autres infections Pneumococciques :

V. Conduite à tenir :

1. Méningite à Pneumocoque :

- Hospitalisation du malade,
- Position de sécurité,
- Voie d'abord,
- Antibiothérapie :
  - Absence de signes de gravité :
  Céfotaxime : Enfant : 200 à 300 mg/kg/j répartis en 4 prises en IVD,
  Adulte : 8 à 12 g/j
  On ajoute de la Vancomycine si le lendemain le malade présente des convulsions, on réalise même une PL d'évaluation. (La posologie est écrite sur le livre).
  - En cas d'allergie :
  Hémisuccinate de Chloramphénicol (Solnicol®) : Enfant : 100 mg/kg/j en 4 prises en IVD,
  Adulte : 4 g/j
  - En cas de résistance : Rifampicine : (je suis désolé, j'ai raté la posologie, si quelqu'un l'a pris, veuillez m'informer svp).
- Corticothérapie : Dexaméthazone : 0,15 mg/kg toutes les 6h en IVD pendant 2 jours,
- Anti-convulsant (si convulsions),
- Neurochirurgie (si complications),
- TRT de la porte d'entrée.
- La durée du TRT est de 15 à 21 jours.

Notez que le LCR après TRT se stérilise en 24 - 48h et se normalise en 10jrs.

2. Méningite récidivante : (voir plus haut et retenez le TRT de la Méningite à Pneumo).

3. En cas de la PFLA :

- Amoxicilline en ambulatoire : Enfant : 50 à 100 mg/kg/j - QSP10 jour
  Adulte : 3g/j en 3 prises per os - QSP10 jours

  En cas d'allergie : voir livre.

VI. Traitement :

A. Traitement curatif :

Le prof ne nous a donné que les TRT qu'on vient d'en citer sur les CAT.

B. Traitement préventif :

1. Vaccin polysaccharidique : Pneumo23

Indiqué pour les terrains favorables (voir généralités). **Attention**, jamais pour les enfants de moins de 2 ans.

2. Vaccin conjugué (anatoxine diphtérique ou tétanique) : 7, 11 et 13 valence.

Ce vaccin sera présent en Algérie en 2015 inch'Allah, il protège pendant 5 ans.

FIN - Oussama Chebbab